

Kwestionariusz dotyczący ubezpieczenia od utraty zysku

Integralną częścią kwestionariusza stanowi formularz do wyliczenia sumy ubezpieczenia zysku brutto.

UWAGA! Każda pozycja kwestionariusza powinna być wypełniona.

A) Informacje ogólne

Dane Ubezpieczającego

Typ podmiotu* osoba fizyczna osoba prawna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej

Płeć kobieta mężczyzna

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Typ dokumentu tożsamości _____ Nr dok. tożsamości _____

Obywatelstwo _____ REGON _____

NIP _____ PKD wiodąca _____

KRS/RHB _____ Liczba zatrudnionych osób _____

Obrót roczny w ostatnim roku obrachunkowym: do 3 mln do 40 mln pow. 40 mln

Adres zameldowania / siedziba firmy

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ - Poczta _____ Kraj _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. kom. _____

E-mail _____ Faks _____

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania / siedziby)

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ - Poczta _____ Kraj _____

*w przypadku osób prawnych oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk zawierający dane osoby reprezentującej podmiot lub daną osobę fizyczną

Inne adresy miejsc prowadzenia działalności (oddziały) – z podaniem kodu pocztowego:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Okres ubezpieczenia (d-m-r): od _____ do _____

Zakres ubezpieczenia:

zgodny z zakresem ubezpieczenia majątkowego

pożar, uderzenie pioruna, eksplozja, upadek statku powietrznego (FLEXA)

pożar, uderzenie pioruna, eksplozja, upadek statku powietrznego (FLEXA), z rozszerzeniem o następujące ryzyka: _____

Wnioskowany maksymalny okres odpowiedzialności:

3 miesiące 6 miesięcy 9 miesięcy 12 miesięcy

15 miesięcy 18 miesięcy 21 miesięcy 24 miesiące

Suma ubezpieczenia od utraty zysku zgodna z wyliczeniem na formularzu _____ zł

B) Informacje o ryzyku

1. Czy w zakładzie Ubezpieczającego występują tzw. wąskie gardła, czyli działy lub urządzenia, których zniszczenie doprowadzi do wstrzymania lub zakłócenia pracy całego zakładu lub znacznej jego części:

tak nie *Jeżeli tak, to jakie to działy zakładu lub urządzenia i czym grozi ich zniszczenie:*

2. Czy proces produkcyjny jest skomputeryzowany i sterowany centralnie tak nie

3. Czy w swojej działalności Ubezpieczający wykorzystuje:

a) nietypowe, trudnodostępne na rynku maszyny i urządzenia tak nie

Jeżeli tak, to jakie: _____

W razie szkody czas niezbędny do ich zakupu, dostawy i montażu wyniesie szacunkowo _____ dni.

b) specyficzne, trudnodostępne na rynku surowce, materiały, komponenty tak nie

Jeżeli tak, to jakie: _____

W razie szkody czas niezbędny do ich zakupu i dostawy wyniesie szacunkowo _____ dni.

4. Czy wymienione poniżej mienie znajduje się w oddzielnych budynkach lub w osobnych pomieszczeniach wydzielonych ścianami pożarowymi:

Centrale zasilania, transformatory tak nie nie dotyczy

Kotły grzewcze tak nie nie dotyczy

Materiały lub gazy o właściwościach łatwopalnych lub wybuchowych tak nie nie dotyczy

Stanowiska komputerów sterujących tak nie nie dotyczy

5. Czy Ubezpieczający jest udziałowcem lub właścicielem firmy lub firm o podobnym profilu, do których w razie powstania szkody mógłby przenieść część swojej działalności w celu ograniczenia strat w przychodach:

tak nie *jeżeli tak, to jakie to firmy i jaka szacunkowo część działalności (w %) mogłaby zostać tam przeniesiona:*

6. Czy Ubezpieczający jest właścicielem zajmowanych budynków: tak nie

7. Czy przychody Ubezpieczającego podlegają istotnym wahaniom sezonowym: tak nie

Jeżeli tak, to w jakich miesiącach uzyskiwane są najwyższe przychody: _____

Przychody uzyskiwane w wyżej wymienionym okresie stanowią szacunkowo _____ % przychodów rocznych.

8. Jeżeli działalność prowadzona jest w więcej niż jednym zakładzie, to jaki jest szacunkowy udział poszczególnych zakładów w przychodach rocznych Ubezpieczającego.

Zakład/adres: _____ , udział w przychodach _____ %

Zakład/adres: _____ , udział w przychodach _____ %

Zakład/adres: _____ , udział w przychodach _____ %

Zakład/adres: _____ , udział w przychodach _____ %

Pozostałe zakłady: _____

9. Czy w wymienionych powyżej zakładach prowadzona jest taka sama działalność: tak nie nie dotyczy

Jeżeli profil działalności poszczególnych zakładów jest różny, należy podać przedmiot działalności każdego z nich:

10. Czy pomiędzy zakładami wymienionymi w pkt. 8 występuje zależność operacyjna, tzn. czy poważna szkoda majątkowa w jednym z nich może istotnie zakłócić lub przerwać pracę innego lub innych zakładów Ubezpieczającego: tak nie nie dotyczy

Jeżeli tak, to co powoduje tą zależność i pomiędzy którymi zakładami ona występuje:

11. Czy w ostatnich 5 latach u Ubezpieczającego wystąpiła szkoda w mieniu, na skutek której została ograniczona lub przerwana działalność operacyjna: tak nie

Jeżeli tak, to kiedy powstała, jaka była jej przyczyna i miejsce wystąpienia, jaka była wysokości szkody w mieniu i szkody w zysku:

12. Nazwa audytora oraz imię i nazwisko biegłego rewidenta badającego sprawozdania finansowe firmy:

Klauzula informacyjna:

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., (Administradora danych) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu obsługi i wykonania umowy, w celu analitycznym oraz w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody w ramach klauzuli marketingowej Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Allianz Polska Otwartemu Funduszowi Emerytalnemu zarządzanemu przez Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Bank Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o., Allianz Direct New Europe sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), zwanym dalej „Spółkami Grupy Allianz Polska”. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do każdego z ww. podmiotów.

W przypadku zawierania przez Panią/Pana umowy ubezpieczenia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą wyrażona poniżej zgoda w ramach klauzuli marketingowej dotyczy ujawniania danych reprezentowanego przez Panią/Pana podmiotu i obejmuje zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej na rzecz pozostałych Spółek Grupy Allianz Polska.

Klauzula marketingowa (TU001/v2.1):

Wyrażam dobrowolną zgodę* na udostępnianie moich danych, w tym danych osobowych, zawartych w niniejszym dokumencie oraz pozyskanych w związku z zawartymi i wnioskowanymi umowami, Spółkom Grupy Allianz Polska wymienionym w klauzuli informacyjnej w celach analitycznych i marketingowych (w tym zgodę na zestawianie moich danych przez te Spółki), a także na przesyłanie przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz przetwarzanie przez Administratora moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku niezawarcia umowy lub po jej rozwiązaniu.

* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok. Nie wyrażam zgody.

Miejscowość i data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Pieczęć i podpis przedstawiciela TUIR Allianz Polska S.A.